

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1895

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 7 Mars 1895, à 1 heure

Par GEORGES LARROUX

Né à Saint-Julia (Haute-Garonne), le 23 avril 1870.

Ancien externe des hôpitaux de Paris,
Médaille de bronze de l'Assistance publique,
Moniteur à la Clinique d'accouchements et de gynécologie de la Faculté de Paris,
Lauréat de l'Ecole de médecine de Toulouse (Médailles d'argent).

TRAITEMENT
DU DELIRIUM TREMENS
DANS LA PNEUMONIE

Président : M. LABOULBÈNE, professeur.

Juges : MM. { MARFAN, professeur.
GILBERT et ROGER, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1895

183

183

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1895

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 7 Mars 1895, à 1 heure

Par GEORGES LARROUX

Né à Saint-Julia (Haute-Garonne), le 23 avril 1870.

Ancien externe des hôpitaux de Paris,
Médaille de bronze de l'Assistance publique,
Moniteur à la Clinique d'accouchements et de gynécologie de la Faculté de Paris,
Lauréat de l'Ecole de médecine de Toulouse (Médailles d'argent).

TRAITEMENT
DU DELIRIUM TREMENS
DANS LA PNEUMONIE

Président : M. LABOULBÈNE, professeur.

Juges : MM. { MARFAN, professeur.
 { GILBERT et ROGER, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1895

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M.	BROUARDEL.
Professeurs	MM.	FARABEUF.
Anatomie.....		CH. RICHET.
Physiologie.....		GARIEL.
Physique médicale.....		GAUTIER.
Chimie organique et chimie minérale.....		BAILLON.
Histoire naturelle médicale.....		BOUCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.....		DIEULAFOY.
Pathologie médicale.....		DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.....		LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.....		CORNIL.
Histologie.....		MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.....		TERRIER.
Pharmacologie.....		POUCHET.
Thérapeutique et matière médicale.....		LANDOUZY.
Hygiène.....		PROUST.
Médecine légale.....		BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....		LABOULBÈNE.
Pathologie expérimentale et comparée.....		STRAUS.
Clinique médicale.....		SÉE (G.)
		PCTAIN.
		JACCOUD.
		HAYEM.
		GRANCHER.
Maladies des enfants.....		JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....		FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques ..		RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux.....		DUPLAY.
Clinique chirurgicale.....		LE DENTU.
		TILLAUX.
		BERGER.
Clinique des maladies des voies urinaires.....		GUYON.
Clinique ophthalmologique.....		PANAS.
Clinique d'accouchement.....		TARNIER.
		PINARD.

Professeurs honoraires

MM. SAPPEY, PAJOT, REGNAULD, VERNEUIL.

Agrévés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ALBARAN.	DELBET.	MARIE.	RICARD.
ANDRÉ.	FAUCONNIER.	MAYGRIER.	ROGER.
BALLET.	GAUCHER.	MENETRIER.	SCHWARTZ.
BAR.	GILBERT.	NELATON.	SEBILLEAU.
BRISAUD.	GLEYS.	NETTER.	TUFFIER.
BRUN.	HEIM.	POIRIER, chef des	VARNIER.
CHANTEMESSE.	JALAGUIER.	travaux anatomi-	VILLEJEAN.
CHARRIN.	LEJARS.	ques.	WEISS.
CHAUFFARD.	LETULLE.	QUENU.	
DEJERINE.	MARFAN.	REITTERER.	

Secrétaire de la Faculté : CH. PUPIN.

Par délibération en date du 6 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE.

*Hommage de profonde affection et de
reconnaissance.*

A MA SŒUR ET A MON BEAU-FRÈRE.

Témoignage de vive amitié.

A MONSIEUR LE DOCTEUR D'HEILLY,

Médecin de l'hôpital des Enfants-Malades,
Chevalier de la Légion d'honneur.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR TARNIER,

Professeur de clinique obstétricale à la Faculté de médecine,
Commandeur de la Légion d'honneur.

A MONSIEUR LE DOCTEUR BARTH,

Médecin de l'hôpital Broussais.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR LABOULBÈNE

Médecin honoraire des Hôpitaux,
Président de l'Académie de Médecine,
Officier de la Légion d'Honneur.



AVANT-PROPOS



Des statistiques des auteurs, il résulte que si le pronostic du delirium tremens est bénin dans les cas simples, il n'en est pas de même lorsque ce délire survient à l'état aigu chez les pneumoniques (d'après les statistiques des auteurs la mort surviendrait alors dans 50 o/o des cas) et suivant l'expression de M. Peter « pour le vieil alcoolique, la pneumonie est une manière de mourir ».

Or, si l'on trouve assez souvent publiées des observations de pneumonie avec delirium tremens, nous n'avons pas trouvé de travail qui résume ou fournisse des indications précises sur le traitement de cette affection complexe.

Sur les conseils de notre maître, le docteur Barth, et aidé par les indications qu'il a bien voulu nous

fournir, nous avons cru intéressant de faire une revue d'ensemble des traitements que les auteurs ont appliqués dans un certain nombre de cas aux pneumoniques atteints de delirium tremens. Nous nous proposons d'étudier en quelques mots, dans les traitements employés pour le delirium tremens, ceux que sont plus particulièrement applicables chez les pneumoniques.

Nous laisserons de côté ceux qui contrindiquent la phlegmasie pulmonaire, soit à cause de leur action nocive sur le poumon, soit parce qu'ils diminuent la résistance du malade ou parce que leur action thérapeutique est insuffisante.

Nous nous efforcerons de montrer la supériorité sur les autres traitements de celui que nous préconisons et que nous avons toujours vu réussir même chez des malades très gravement atteints ainsi que le prouvent nos observations.

Il nous a paru utile, avant d'entrer dans cette étude, de voir en quelques mots les conditions pathologiques dans lesquelles se trouve placé le pneumonique du fait de sa complication.

Par ces notions de pathogénie, nous déterminerons quel devra être le but poursuivi par notre thérapeutique ; en résumé, de la pathogénie, nous tirerons une thérapeutique rationnelle.

Mais avant d'entrer plus avant dans cette étude, nous voudrions témoigner à nos maîtres dans les hôpitaux, au docteur d'Heilly, au professeur Tarnier et au docteur Barth, chez qui nous avons fait successivement nos trois années d'externat, notre profonde

reconnaissance, pour la bienveillance qu'ils ont mise à nous instruire et la sympathie qu'ils nous ont toujours témoignée.

Nous avons suivi, les savantes conférences du docteur Brocq, à l'hôpital La Rochefoucauld, et c'est à lui que nous devons toutes nos connaissances en dermatologie, qu'il reçoive l'expression de notre gratitude.

Nous n'oublions pas non plus, les docteurs Lubet, Barbon et Martin qui nous ont initié aux difficultés des maladies du larynx, des oreilles et du nez.

Que M. le professeur Laboulbène veuille bien recevoir tous nos remerciements pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse.





INTRODUCTION

Le cerveau de l'alcoolique à l'état de santé est normalement congestionné. Les vaisseaux de cet organe et de ses méninges sont plus pleins, plus volumineux, que chez l'homme intoxiqué, les capillaires sont dilatés et flexueux.

Cette congestion qui pourra déterminer plus tard des modifications histologiques dans le cerveau en produisant des lésions de pachyméningite et d'encéphalite, s'accompagne presque toujours de modifications des fonctions physiologiques, caractérisées par une incitation exagérée et continue des cellules cérébrales sous l'influence de l'alcool. Cette incitation se manifeste cliniquement par des troubles moteurs et sensitifs, un léger degré d'excitation, des rêvasseries, etc.; elle est d'autant plus prononcée que le délire survient surtout chez les alcooliques névropathes

qui sont le terrain le plus propice à son développement.

Cette incitation ne se maintient qu'à la condition d'une dose toujours renouvelée du stimulant. C'est par ce moyen que l'alcoolique arrive à maintenir l'état d'équilibre instable de ses centres nerveux. Vienne un incident quelconque et cet équilibre va être rompu. La pneumonie pourra être pour plusieurs raisons la cause occasionnelle du délire, notamment parce qu'elle s'accompagne de fièvre. La fièvre est un agent redoutable pour l'alcoolique qui résiste fort mal à la moindre élévation de température.

La fièvre augmente les combustions, par suite, la faiblesse et la dénutrition, dénutrition d'autant plus grande que l'alcoolique est atteint d'anorexie par le fait de sa maladie aiguë et de son intoxication chronique. Ces deux facteurs combinés vont donc déterminer chez le malade une inanition rapide.

Là ne se bornent pas les actions perturbatrices de la maladie. La congestion pulmonaire, si elle est intense, détermine de la stase encéphalique qui s'ajoute à la congestion normale chez l'alcoolique.

Les cellules nerveuses vont être troublées dans leur fonctionnement, elles le seront d'autant plus si le stimulus habituel fait défaut. Elles vont être troublées, non seulement parce qu'elles sont mal hématosées du fait de l'anoxémie cérébrale et parce qu'elles ont été brusquement privées de leur excitant habituel, mais aussi parce qu'elles sont intoxiquées par des produits divers, alcool, toxines microbiennes, produits de désas-

similation, dus à une élimination rénale parfois insuffisante ; souffrant dans leur nutrition, elles vont réagir d'une façon désordonnée, c'est-à-dire en déterminant l'apparition du délire alcoolique.

Ce délire est le plus souvent précédé de quelques prodromes, tristesse, agitation, dégoût pour les aliments, symptômes qui peuvent faire prévoir l'attaque aiguë. Cette attaque éclate ou s'aggrave pendant la nuit. Le malade est en proie à des rêves ou à des hallucinations terrifiantes qui troublent son sommeil.

Les unes portent sur le sens de la vue ; le malade voit des animaux qui se précipitent sur lui, des ennemis qui le poursuivent, des figures horribles et grimaçantes, des maisons en feu, tout cela s'accompagnant d'hallucinations de l'ouïe (sifflements d'oreilles, injures, menaces). Le malade se plaint de morsures, de brûlures, de liens imaginaires qui l'étreignent, son facies est congestionné, vultueux, grimaçant ; ses yeux hagards témoignent de l'effroi dans lequel le plongent toutes ces visions.

Il se lève de son lit, cherche à fuir parce qu'il a peur en repoussant violemment les objets qui se trouvent sur son passage ou les personnes qui essayent de le maintenir. Tout cela, il l'exécute avec des cris, des vociférations et des mouvements désordonnés de tout le corps. « Ils n'ont ni paix, ni trêve, aucune partie de leur corps n'est exempte d'agitation. » (Delasiauve).

Par ce tableau résumé du délire alcoolique, on voit combien est considérable la dépense de force nerveuse sensitive et motrice, surtout si l'on a été forcé d'atta-

cher le malade. Elle va s'accompagner d'une désassimilation encore plus intense, dont les produits vont venir ajouter leur action à celle des produits toxiques préexistants. Ils seront d'autant plus redoutables que le rein n'est pas indemne dans les pneumonies graves. Les pneumoniques délirants émettent des urines rares et riches en matériaux de désassimilation, mais en quantité insuffisante pour éliminer les produits toxiques qui circulent dans le sang.

La dépense produite par cette suractivité est énorme ; c'est le rappelle celle qui survient dans les formes graves de chorée et dans le tétanos. Ce surcroît de fatigue imposé à l'organisme mène rapidement à l'épuisement nerveux et au collapsus et crée chez le malade un terrain éminemment favorable aux progrès du pneumocoque. A cet épuisement nerveux s'ajoute l'élévation de la température due à l'auto-intoxication rapide.

Il se produit un cercle vicieux, dans lequel un processus en détermine un autre, dont l'action vient encore s'ajouter pour rendre le dénouement fatal. Cette élévation de température, jointe à l'extension du processus d'hépatisation pneumonique mettra le cœur dans des conditions telles que l'asthénie cardiaque sera presque inévitable. « Le danger, chez les alcooliques, est au cœur qui faiblit avec une grande rapidité. » (Villard).

Notons que les alcooliques sont souvent des artérioscléreux et ont, par conséquent, non seulement les artères mais parfois même l'organe cardiaque en

mauvais état. Ils sont de ce fait des organismes moins résistants.

La mort surviendra, soit par asphyxie progressive, soit par collapsus. Les cellules nerveuses, après avoir essayé de réagir comme nous l'avons dit, sidérées, vont cesser de fonctionner, et le malade tombe dans le coma.

Ce coma est d'autant plus à craindre que la maladie évolue parfois avec une rapidité extrême. Le malade peut être emporté 48 heures, 36 heures (Thèses de Gabriel et de Botte) et même 11 heures après l'apparition du délire. Nous faisons allusion, dans ce dernier cas, à une observation rapportée par Voisin et que nous résumons en quelques mots :

OBSERVATION : Un malade entre dans le service de Bouillaud, le 14 avril 1863. Une saignée, le 22, ne produit aucun résultat ; nouvelle saignée le 23 ; la maladie s'aggrave de plus en plus ; le 24, à 11 heures du matin, le délire apparaît, il persiste le soir à 5 heures. On est obligé de mettre au malade la camisole de force à une heure du matin ; dix minutes après, coma et mort.

Comme on le voit, il a suffi de quelques heures d'excitation suraiguë pour tuer le malade.

Il est facile de conclure de cette étude pathogénique succincte, que tous les efforts du clinicien devront tendre à empêcher le malade de tomber dans cet état de coma contre lequel la thérapeutique est impuissante.

Pour arrêter un pareil processus, nous serons obligés de recourir à des médications puissantes.

Si l'intervention est précoce, rapide et énergique, la mort est beaucoup plus rare que ne le disent les statistiques des auteurs. « Toutes choses égales, d'ailleurs, le délire qu'on observe chez les ivrognes est « beaucoup moins grave que celui qui affecte les individus sobres, parce que nous possédons des moyens « plus efficaces pour le combattre, et qu'il se lie bien « moins souvent à l'existence d'une méningite. » (Grisolle).

Mais la moindre hésitation dans l'application du traitement, une dose médicamenteuse insuffisante peuvent être la cause d'une terminaison fatale.

Ce traitement aura pour but de combattre l'excitation du système nerveux, sans le sidérer, sans nuire aussi aux fonctions des autres systèmes de la vie organique, rein, cœur, poumons, etc., d'autant plus sensibles que leurs fonctions sont déjà troublées.

Ces données nous conduiront à rejeter des médicaments qui agissent favorablement sur le système nerveux, à cause de leur action dépressive sur le cœur, par exemple le chloral; ou de leur action nocive sur le poumon qu'ils congestionnent, par exemple le chloroforme.

L'idéal serait un médicament qui produirait le sommeil physiologique en amenant la cessation des divers symptômes, fréquence du pouls, insuffisance cardiaque, anurie, constipation. En d'autres termes « dans la « pneumonie des buveurs, il faut soutenir les forces

« du malade, soutenir son système nerveux, soutenir « son cœur. » (Villard). Nous ajouterons qu'il faut assurer la diurèse et comme conséquence l'élimination des poisons.

Or, ainsi que nous le verrons plus loin, pas un des médicaments, même les plus actifs tels que les médicaments hypnotiques, ne répond à ces desiderata.

Ce n'est que par l'action de médicaments à effets antagonistes ou différents que nous pourrions satisfaire aux données pathogéniques.

C'est ainsi que le collapsus que produisent la morphine à haute dose et les bains froids sera combattu par la caféine et les toniques. Le bain froid, par son action diurétique, antagoniste de la morphine qui diminue la sécrétion urinaire, maintiendra le taux des urines à un chiffre suffisant.





TRAITEMENT



Les médicaments et les traitements employés dans la maladie que nous étudions, sont tellement variés qu'il serait trop long de les parcourir tous en détail.

Quelques-uns qui n'ont été employés que rarement ou par ceux qui les ont préconisés méritent seulement d'être cités. — Tels sont :

Le *traitement révulsif* par les vésicatoires (Lanoix, Thèse de Paris, 1808).

La *strychnine*, dont nous trouvons plusieurs observations relatées, et qui a été employée, à des doses véritablement effrayantes chez quelques délirants, 108 milligrammes en vingt-trois heures (Observation de Lardier, *Gazette hebdomadaire*) et que cet auteur considère comme un traitement spécifique.

Elle a rendu d'excellents services comme adjuvant dans le traitement du délire alcoolique aigu et à ce titre Ramos, Magnan, et Lancereaux en ont retiré de très bons résultats même à doses modérées. Mais comme traitement curatif elle paraît tout au moins insuffisante.

D'autres médications ont eu une plus grande vogue; telle est la saignée, sur laquelle nous reviendrons à propos du traitement antiphlogistique.

Nous étudierons plus longuement des médicaments que quelques cliniciens mettent sur le même rang que la morphine, que quelques-uns lui substituent ou lui associent, nous voulons parler du haschisch et du chloral.

Les médications qui sont ou ont été classiques à des époques diverses peuvent être divisées en quatre classes suivant les réactions qu'elles déterminent sur les organes des pneumoniques délirants, en particulier sur le cerveau.

I. — MÉDICATION ANTIPHLOGISTIQUE.

Cette médication dont nous ne faisons pas ici l'histoire et qui avait été préconisée par Bouillaud, était basée sur une théorie fausse.

Les études anatomo-pathologiques de Laënnec, Andral, Bouillaud (etc.), avaient démontré la congestion du poumon et du cerveau chez les sujets morts du *delirium tremens* au cours d'une pneumonie. On en

avait conclu que ces inflammations, purement locales, devaient être combattues par tous les antiphlogistiques.

De là, le traitement qui fut employé systématiquement par Bouillaud et la plupart de ses contemporains. On saignait les malades abondamment et fréquemment. La congestion était, en outre, combattue par les ventouses scarifiées, la diète absolue, la suppression de toute boisson alcoolique, les contre-stimulants.

Mais au moment même où cette méthode était à son apogée on ne tarda pas à s'apercevoir des résultats déplorable qu'elle donnait; elle aggravait les symptômes nerveux du pneumonique et en déterminait souvent l'apparition.

Aussi Chomel, Durand-Fardel, dès 1820, donnaient-ils de l'alcool à leurs malades.

Piorry écrivait : « Les pneumoniques alimentés guérissent mieux que ceux qui sont soumis à la diète. » Cette utilité de la médication tonique et alcoolique était surtout le résultat de l'empirisme. On s'était aperçu que des malades qui s'alimentaient ou buvaient de l'alcool malgré leur médecin, guérissaient mieux que les autres.

« Nous avons vu, dit le professeur Rostan, les
« Tartares affectés de phlegmasies intenses, guérir
« entre les mains de leurs médecins qui leur permet-
« taient, même pendant la plus grande intensité des
« symptômes, une certaine quantité de liqueurs alcoo-
« liques, tandis qu'ils succombaient entre les mains

« des médecins français qui les soumettaient à une
« diète absolue. »

La diète et la saignée furent depuis lors complètement abandonnées. « La saignée tue les buveurs. »
(Van Swieten.)

On lui substitua les stimulants, joints à l'alcool et à l'alimentation dont les bons effets furent nettement démontrés par Todd et bientôt admis de tous les cliniciens.

II. — MÉDICATION TONIQUE.

L'alcool est employé systématiquement, comme stimulant chez les alcooliques atteints de delirium tremens, non seulement quand a éclaté l'attaque de délire aigu mais encore à titre préventif.

La plupart des médecins l'emploient comme adjuvant associé à une autre médication, plusieurs même en avaient fait un traitement essentiellement actif.

Il a donné quelques bons résultats, appliqué seul ou associé à d'autres médicaments à actions à peu près identiques, tels que l'extrait de quinquina, l'acétate d'ammoniaque; mais ces cas sont rares. Le plus souvent, dans les cas graves, on a dû lui adjoindre d'autres médications plus énergiques.

Cependant, Deshayes cite une observation dans laquelle le délire persistait chez un pneumonique après qu'on eut injecté en deux jours 70 centigrammes de morphine, on donna 60 grammes d'alcool et le ma-

lade s'endormit. (*Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 1880.)

D'après cette observation, il semble que l'alcool puisse réussir dans les cas où la morphine a échoué ; mais il y a tout lieu de supposer que l'alcool détermine, dans les centres nerveux, une modification telle, qu'elle a permis à la morphine de manifester son action, jusque-là sans effet.

L'alcool agit de façons diverses suivant les doses auxquelles on l'administre. Quelques auteurs ont conseillé de l'employer largement sous prétexte qu'il s'oxyde avec une grande rapidité. Ces fortes doses sont en général inutiles et l'on risque de produire des phénomènes d'alcoolisme aigu qui augmentent le délire. Il paraît plus prudent de s'en tenir aux doses qu'indique Todd, 80 grammes par jour chez la femme et 150 grammes chez l'homme.

L'alcool sera donné par petites quantités à la fois dans la journée. C'est ainsi qu'il a été administré aux malades, dont nous rapportons les observations, sous forme de potion de Todd ou de vin en supplément, associés ou non, aux potions cordiales à base de cannelle.

Administré dans ces conditions, l'alcool produit des effets à peu près constants, qui ont été bien étudiés par M. Germain Sée (*Union médicale*, 1873).

L'alcool est essentiellement un médicament d'épargne, il modère la dépense et ralentit le mouvement de dénutrition en rétablissant l'équilibre fonctionnel dans le système nerveux.

Il donne de l'énergie au cœur, excite la respiration et la circulation périphérique; par cette vaso-dilatation il agirait comme antipyrétique.

L'alcool est particulièrement bien toléré par les pneumoniques à cause de l'élévation de leur température intérieure qui en favorise l'oxydation. Cliniquement, il est un excellent moyen pour combattre le collapsus chez les buveurs atteints de pneumonie, surtout quand ils sont soumis à la médication par l'opium et les bains froids.

Quelques auteurs, Todd notamment, ont préconisé, avec l'alcool, l'emploi de l'*acétate d'ammoniaque*.

En Allemagne, on administre le *sulfate de quinine* pour son action tonique.

Le capsicum employé par les Américains est peu usité.

A côté de ces médicaments, citons *l'éther* et *la caféine*, qui sont aussi des stimulants énergiques et combattent efficacement le collapsus que pourrait provoquer le traitement que nous préconisons, sans diminuer l'action hypnotique (Observations I et II).

En résumé, la médication tonique et stimulante sera d'un grand secours et devra être d'un emploi constant, parallèlement au traitement par la morphine et les bains froids, à cause de son action sur le cœur et le système nerveux. « Les excitants, dit Jurgensen, « ne sont pas seulement le coup de fouet, ils sont « l'avoine pour le cœur. »

Mais la médication stimulante ne faisant que soutenir le malade, en tonifiant son système nerveux sans

en combattre le processus morbide, on lui a adjoint les antispasmodiques et les hypnotiques,

III. — MÉDICATION ANTISPASMODIQUE.

Les divers médicaments antispasmodiques ont un mode d'action et des effets à peu près identiques ; par suite, les reproches que l'on peut faire à l'un d'entre eux s'adressent aussi aux autres.

Ils ont tous une action calmante sur le système nerveux, mais en général assez faible.

Néanmoins, le musc serait considéré par plusieurs auteurs comme ayant une efficacité égale à celle des hypnotiques.

Les antispasmodiques sont presque toujours sans action nocive ou utile sur les autres systèmes de l'organisme.

Bromure. — Parmi eux, les bromures n'ont guère été employés que concurremment avec d'autres moyens (bains froids : observation de Féréol. Société des hôpitaux, 8 juin 1877. — Rousseau, *Annales médico-psychologiques*, 1880).

Quand ils ont été employés seuls, les résultats ont été à peu près nuls ou trop lents. Leur action est notablement inférieure à celle du chloral (Ball, *Lanceux*).

L'acétate d'ammoniaque et le carbonate d'ammoniaque ont été employés par les médecins italiens non

plus comme stimulants mais comme antispasmodiques. D'après Delioux de Savignac, c'est là leur vrai mode d'action. L'acétate d'ammoniaque aurait une efficacité au moins égale à celle du musc.

Ce médicament aurait sur le musc l'avantage d'être beaucoup moins coûteux et l'inconvénient de produire des perturbations dans l'appareil circulatoire dont il ralentit les fonctions ; ce serait un hyposthénisant cardio-vasculaire. Au total, l'acétate d'ammoniaque, doué de propriétés antispasmodiques, variables et mal connues, n'est guère employé maintenant qu'à titre de tonique.

Musc. — Le musc a été surtout préconisé et vulgarisé par Trousseau qui en a bien déterminé l'action thérapeutique et les cas, dans lesquels il doit être appliqué.

C'est dans le cas de délire ataxique léger, de sub-délirium sans fréquence de la respiration ni élévation de la température que le musc fait merveille.

Les conditions pathologiques que nécessitent l'emploi du musc ne sont pas, ainsi qu'on le voit, du tout celles du pneumonique atteint de délire et l'on comprend peu qu'il ait été donné par divers médecins, notamment Récamier, comme le médicament héroïque de cette maladie.

Il serait pour elle ce qu'est le sulfate de quinine aux fébricitants (Botte, thèse de Paris, 1844, pneumonie ataxique.)

L'action du musc se manifesterait par un engour-

dissement avec bâillements, état d'obtusion de tous les sens, puis sommeil profond et prolongé qui remplacerait l'agitation délirante.

De plus, on a attribué au musc une action importante sur la circulation, qu'il activerait et que la plupart des auteurs n'admettent pas.

Mais les inconvénients du musc, l'odeur désagréable et persistante qu'il laisse dans la chambre du malade, la cherté de ce médicament l'ont fait abandonner.

Ajoutons qu'il est parfois difficile de le faire prendre aux délirants et qu'il n'existe pas de préparation pharmaceutique qui permette de le donner en injections sous-cutanées.

La *valériane* n'a pas donné des résultats supérieurs à ceux du musc ou de l'acétate d'ammoniaque.

Digitale. — Malgré son action tonique cardio-vasculaire incontestable, nous avons rangé la digitale à côté des médicaments antispasmodiques parce qu'elle a, comme eux, peu d'action sur le système nerveux, et que ses effets sont lents à se produire.

Cette action sur les centres nerveux a été attribuée au relèvement de la contraction cardiaque, qui ferait cesser la stase du cerveau et non à la diurèse.

A priori, il semble que la digitale doive être un médicament de choix dans les pneumonies compliquées de délire.

Elle a donné, en effet, entre les mains des médecins anglais Ware, Pirrie, Laycock, Dungliston, de Nonat

et Velpéau en France des résultats satisfaisants dans les cas de delirium tremens. Elle a été employée par eux à des doses élevées de 6 à 8 grammes de teinture par jour.

Voisin qui l'a essayée à plusieurs reprises ne lui attribue qu'une efficacité relative contre le processus nerveux.

D'autre part, on sait les succès qu'obtient Petresco, avec la digitale à haute dose employée chez les pneumoniques.

Les actions de la digitale sont multiples et fort connues : elle augmente la tension artérielle et régularise les battements du cœur ; par son action sur cet organe elle combat l'hypothermie et le collapsus. Elle décongestionne le poumon et rend la respiration plus calmé et plus régulière.

Elle abaisse la température, mais cet abaissement ne se fait guère sentir que soixante heures environ après l'administration du médicament ; en outre, elle est un excellent diurétique et favorise l'élimination de l'alcool et des ptomaïnes dont la présence empoisonne l'organisme.

On voit donc que la digitale remplit un certain nombre de conditions pathogéniques des plus importantes dans la maladie qui nous occupe.

Mais, malgré tous ces avantages, les cliniciens ont été conduits à l'abandonner à cause de son action trop lente. On sait avec quelle rapidité évolue la pneumonie quand elle se complique de délire, or, la digitale n'agit guère que deux à quatre jours après

son administration. Ce reproche fait à la digitale a été formulé en ces termes par M. Germain Sée (*Union Médicale*, 1873).

« La digitale, médicament énergiquement anti-pyrétique, a donné de bons résultats, malheureusement c'est un médicament qui agit lentement, et malheureusement on est pressé d'intervenir, s'il faut attendre 24 ou 48 heures, l'effet du médicament, on arrive aux jours critiques de la maladie et on ne sait plus ce qu'on a fait. »

Ajoutons que dans les cas où le malade n'a pas succombé avant que le médicament ait produit son effet, la digitale devient inutile. La crise digitalique se produisant deux à trois jours après l'apparition du délire qui, lui, se manifeste au quatrième ou cinquième jour de la maladie, correspondrait au septième ou huitième jour, c'est-à-dire au moment de la défervescence physiologique de la pneumonie.

Telle est la contre-indication absolue de la digitale. En outre, elle a peu d'action sur le système nerveux, comme nous l'avons déjà dit, et il faut donner de très fortes doses pour calmer le délire des buveurs ; aussi, bien souvent on a vu survenir de l'intolérance. Dans les cas où elle a été administrée avec succès, la guérison a été incomplète ou momentanée. (Thèse de Binde, 1866. *Traitement du delirium tremens par la digitale à haute dose.*)

L'on a fait d'autres reproches à la digitale mais de moindre valeur. On a dit que, par la digitale, « l'épuisement du système nerveux peut se produire ; cet

« épuisement se fait parfois tout à coup, et le malade
« passe avec une rapidité terrifiante de la détente au
« collapsus » (Jaccoud.)

L'on peut considérer comme rares les cas dans lesquels la digitale a produit des effets accumulatifs et des phénomènes d'intoxication consécutifs, vu la tolérance particulière que les pneumoniques offrent pour ce médicament comme pour la morphine.

La digitale n'est pas toujours applicable chez le buveur profondément intoxiqué qui présente fréquemment un système cardio-vasculaire défectueux, des urines albumineuses, des téguments en mauvais état, toutes conditions qui sont des contre-indications à l'emploi de la digitale.

Nous verrons en étudiant les bains froids qu'ils ont les avantages multiples de la digitale sans en avoir les inconvénients, et qu'ils doivent être employés de préférence dans la pneumonie des buveurs.

IV. — MÉDICATION HYPNOTIQUE.

Nous n'étudierons pas tous les médicaments de cette série qui ont été employés, la plupart ne sont que des succédanés du chloral, ou s'en rapprochent par leur mode d'action.

Tels sont : le *sulfonal*, qui a été employé en Allemagne par Cramer, en France par Louis et Maret de Montpellier ; la *paraldéhyde*, l'*hyponne*.

Le *methylal* a été recommandé par Fischer qui l'emploie sous forme d'injections hypodermiques.

Il recommande d'injecter, à titre préventif ou curatif, pendant quatre ou cinq jours, d'abord trois seringues Pravaz, puis deux, d'une solution de méthylal au quart.

Le *chloroforme* et l'*éther*, assez usités en Allemagne, agiraient, sur le système nerveux, en produisant rapidement le sommeil, et sur le poumon en liquéfiant l'exsudat.

Cette médication par les inhalations anesthésiques, a été peu employée en France ; on a reproché à ces hypnotiques de produire un sommeil passager et de déterminer des congestions locales, principalement sur le cerveau, les bronches et les poumons (Fournier.)

Ces inconvénients s'ajoutent à ceux qui sont inhérents à l'emploi du chloroforme et de l'éther (asphyxie, syncope) accidents d'autant plus à craindre, dans ce cas particulier, que les fonctions cardiaques et pulmonaires sont compromises.

Dans les cas de délire avec insomnie, Baker a recommandé l'action simultanée du chloroforme et de la morphine. Il prescrit la chloroformisation pour engourdir le malade, puis à ce moment il fait une petite injection de morphine (demi à 1 centigramme) en continuant le chloroforme jusqu'à ce que l'effet de la morphine se fasse sentir. (Il publie quatre observations dans lesquelles il a obtenu d'excellents résultats par sa méthode.)

Haschisch. — Ce médicament a joui d'une grande faveur en Angleterre ; Beddoë, Cuming de Belfast, Corrigan, l'ont employé plusieurs fois avec succès. En France, on l'a administré assez rarement. Il a été préconisé par Trousseau, Donnaud de Bordeaux, Tyrrel. Villard rapporte une observation (*Progrès médical*, 1881) dans laquelle le délire persistait malgré l'administration de 5 grammes de chloral en 10 heures, puis de 15 à 20 centigrammes d'extrait de thébaïque administré pendant deux jours, et qui disparut sous l'influence de 30 centigrammes d'extrait de haschisch.

Ces doses sont en général insuffisantes ; Beddoë (*Medical Press and Circular*) le prescrit à la dose de 1 gramme de teinture, quatre heures après on donne deux grains de haschisch, et six heures après quatre grains. Le sommeil se produirait alors.

L'action du haschisch s'exerce sur la totalité des centres nerveux ; à doses moyennes, elle se manifeste par une excitation des facultés intellectuelles et une stimulation des pouvoirs sensitifs et moteurs, c'est à haute dose seulement que ce médicament produit l'anesthésie et l'analgésie. Mais ces doses auxquelles il faut arriver pour obtenir l'action hypnotique, ne sont pas sans danger ; le haschisch peut déterminer rapidement des phénomènes cataleptiques et choréiques, de l'incoordination des mouvements et, si la dose ingérée a été trop considérable, au sommeil succède la stupeur.

Cependant Frönmüller fait du haschisch un hypno-

tique assez sûr, d'autant plus recommandable que le sommeil obtenu avec ce médicament ressemble au sommeil naturel. D'après lui, d'après Beddoë et Villard, il présenterait sur l'opium l'avantage de ne pas émousser l'appétit, de ne pas constiper le malade, de ne pas produire l'affaiblissement et la prostration que présentent les malades traités par les opiacés à haute dose.

Or ces avantages minimes, comparés aux inconvénients du haschisch, médicament difficile à manier, perturbateur des fonctions respiratoires (expériences de Voisin et Liouville) à réactions et effets variables, suivant les malades et suivant le droguiste qui l'a produit, et l'absence de toute préparation officinale en ont fait rejeter l'emploi. Peut-être pourrait-il être utilisé dans les formes subaiguës du délire alcoolique, surtout quand elles s'accompagnent de lypémanie. Il agirait par substitution d'idées gaies qu'il détermine aux idées mélancoliques des lypémaniques.

Chloral. — Le chloral est considéré en général comme un très bon hypnotique, à certains points de vue, supérieur à la morphine. Les effets du chloral sont surtout dans les attaques de delirium tremens vraiment bons; il fait cesser rapidement le délire et l'insomnie en permettant au malade de restaurer ses forces et de calmer son système nerveux par le sommeil. Mais pour le provoquer, la dose de chloral doit être suffisante, sans cela cet agent thérapeutique, loin de le calmer, excite le malheureux alcoolique et

l'aide à mourir un peu plus tôt (Lancereaux). Ce clinicien le préfère, dit-il, à cause de ses effets plus certains et plus rapides, à la morphine, dont l'emploi oblige à user de fortes doses.

Comme autres avantages sur la morphine, il ne produirait pas cet affaissement qui suit le sommeil ou la cessation du médicament ; de plus, son action hypnotique persisterait plusieurs jours après qu'on en a interrompu l'administration.

Le chloral ne déterminerait, en outre, aucun trouble de l'appareil digestif, ni nausées, ni vomissements, ni constipation, il serait sans action sur la sécrétion urinaire qu'il tendrait plutôt à augmenter, et sur la sécrétion des glandes sudoripares.

A plusieurs points de vue, le chloral serait donc supérieur à l'opium. Mais ces résultats ont porté sur le délire alcoolique simple, en général peu grave, et ils sont loin d'être aussi satisfaisants quand la pneumonie s'associe au délire. Dans ce cas particulier, il est absolument contre-indiqué (Ball. *Maladies mentales*).

« Il suffit, dit Magnan, de se rappeler les propriétés
« physiologiques de ce médicament pour en repousser
« l'usage dans les phases aiguës d'un empoisonnement
« qui, par lui-même, compromet d'une façon si éner-
« gique et la respiration et la circulation. »

Le chloral a, en effet, une action considérable sur ces deux appareils. Sous l'influence de petites doses de ce médicament ingérées par l'estomac, il se produit de l'irrégularité de la respiration qui devient saccadée, et des battements du cœur qui se ralentissent ; si la

dose a été assez forte (la dose médicamenteuse nécessaire pour produire des effets hypnotiques suffit), le chloral tue le malade par asphyxie et syncope cardiaque, le cœur s'arrête en diastole. Aussi, si l'on se rappelle la phrase de Villard, que nous avons rapportée en étudiant la pathogénie : « le danger est au cœur, qui faiblit avec une grande rapidité », on évitera de l'employer. D'ailleurs, son action hypnotique est irrégulière, inconstante, et si le chloral fait parfois merveille, il échoue auprès de certains malades à provoquer le sommeil. Dans l'observation de Féréol, dont nous reparlerons à propos des bains froids, le chloral administré à la dose de 5 grammes en dix heures n'avait donné aucun résultat ; dans l'observation I de notre thèse, le chloral, donné pendant deux jours consécutifs à une dose cependant assez élevée, n'a pas provoqué le sommeil.

C'est précisément dans les états congestifs de l'encéphale, c'est-à-dire dans cet état propre aux aliénés et aux malades atteints de délire aigu que le chloral réussit le moins. Cet insuccès se manifeste par une aggravation des symptômes en particulier, de l'exaltation musculaire.

Il est vrai qu'on peut éviter cet écueil en donnant des doses de 4 à 6 grammes par jour ; d'où on conclut qu'avec le chloral comme avec la morphine, on est forcé de recourir à des doses élevées et que le reproche qu'on a fait à ce dernier médicament s'adresse aussi au chloral.

Le chloral est donné en général aux malades sous

forme de sirop à la dose de 80 à 100 grammes, à prendre dans du lait; sous ce volume considérable il est difficile de le faire boire aux malades très agités, ou qui y mettent du mauvais vouloir. On sait quelles difficultés on éprouve à appliquer ce traitement chez les éclamptiques.

L'administration par la voie rectale est d'une application plus difficile, et plus insuffisante encore quand il s'agit de savoir quelle quantité a été ingérée et quelle quantité a été rejetée avec le lavement.

Restent les injections hypodermiques ou intraveineuses; on ne saurait les recommander, elles sont beaucoup trop dangereuses; à la suite d'injections de quantités même minimales de chloral, on a vu survenir brusquement des syncopes mortelles par arrêt du cœur.

On a essayé d'associer le chloral et la morphine et de les administrer simultanément, dans des proportions variables.

Le docteur Lancereaux traite les malades de son service en leur donnant, par jour, 4 à 6 grammes de chloral dans une potion renfermant 150 grammes d'infusion de tilleul et 60 grammes de sirop de morphine, et si cette potion est insuffisante, il fait, dix minutes après, une injection avec 1 ou 2 centigrammes de chlorhydrate de morphine.

Les résultats obtenus par cette méthode ne paraissent pas très satisfaisants; d'après une statistique de Aufrecht de Magdebourg portant sur 293 cas de délire

aigu, traités par le chloral seul, 10 malades sont morts, soit une mortalité de 1/30 environ.

Au contraire, la mortalité a été de 1/5 chez les malades traités par le chloral et la morphine associés. Comme on le voit, la mortalité par le chloral employé seul a été six fois plus faible, « sans qu'on puisse « expliquer pourquoi, quelques malades chez qui on a « fait usage de l'un et de l'autre sont morts. » (E. Labbé).

OPIUM ET MORPHINE.

De tout temps on a songé à employer l'opium dans le traitement du delirium tremens, mais de tout temps aussi, les avis ont été partagés sur la valeur de ce médicament. Quelques-uns en font un remède souverain quand l'apparition du délire est légère quoique persistante, et un remède dangereux quand il y a délire suraigu, avec surexcitation, cauchemars, hallucinations.

Pour d'autres, l'action de l'opium est, ou insuffisante ou dangereuse. Ball conseille de l'employer avec prudence en cas de pneumonie surajoutée au délire, en insistant surtout sur les toniques et les stimulants diffusibles. Ware, Trousseau et Pidoux forment la même appréciation. Au contraire, Magnan le rejette absolument. Il se base pour repousser ce puissant et dangereux agent thérapeutique (telle est son expression), sur ce qu'on l'a vu déterminer plusieurs fois la

mort dans le coma apoplectique, aujourd'hui, dit-il, que la guérison spontanée du delirium tremens est hors de doute.

Nous avons vu que cette raison ne peut plus être invoquée quand le délirant est aussi un pneumonique.

Par contre, depuis Sutton qui l'employa le premier, nombre de cliniciens en ont fait le médicament héroïque du délire, et il a été pendant longtemps regardé comme tel.

Rayer, Leveillé, Grisolle, Chomel considèrent l'opium comme étant d'une grande supériorité sur tous les autres médicaments et d'une indication constante en cas de délire « principalement dans cette forme de delire nerveux qui atteint fréquemment les ivrognes pendant le cours de la pneumonie. » (Grisolle).

Nous verrons, en étudiant les actions thérapeutiques de l'opium et de la morphine en particulier, et les objections qu'on leur a faites, ce que ces opinions contradictoires ont de fondé.

Quand Sutton eut démontré les avantages de l'opium dans le délire, il fut employé sans ménagements.

On avait constaté quelle tolérance ont, pour l'opium, les malades atteints de délire, surtout lorsque celui-ci survient au cours d'une pneumonie et se basant sur ce fait, les cliniciens employèrent l'opium à des doses énormes.

Pidwel en aurait donné impunément 12 grains,

Charming 20 et 24 grains en 24 heures, dans l'observation de Deshayes, on injecta en moins de deux jours 70 centigrammes de chlorhydrate de morphine. Aussi des accidents ne tardèrent pas à se produire et des malades moururent dans le collapsus. Dès lors une réaction se fit, contre laquelle s'élève Grisolles :
« Quelques médecins, dit-il, sont assez timorés pour
« proscrire tout à fait ce remède, craignant en l'em-
« ployant ou d'exciter la fièvre, ou de favoriser la
« suppuration du poumon. »

On avait reproché à l'opium de produire la congestion du cerveau, ou d'augmenter la congestion pathologique due au délire « qu'il y ait stase sanguine dans le cerveau ainsi que dans d'autres viscères, lorsque l'opium est donné à dose toxique, nul ne le conteste, mais il n'en est pas de même lorsque l'opium est donné à doses moyennes. Il n'existe entre les deux cas aucune espèce de parité, et en l'absence de toute preuve anatomique, la clinique prouvant l'utilité du médicament, même dans certaines phlegmasies méningées, ne démontre-t-elle pas le peu de fondement des craintes qui sont assez généralement partagées. » (Grisolles).

D'ailleurs en admettant que l'opium congestionne, il n'est pas prouvé que c'est par ce mécanisme qu'il produit le collapsus.

On comprend difficilement dans le *delirium tremens* la congestion du cerveau qui se produit dans des conditions diamétralement opposées et par abus et par suppression de l'alcool.

Dans ce dernier cas, les troubles nerveux peuvent être comparés aux troubles moteurs et délirants survenant chez des sujets qui ont eu une hémorrhagie ou chez qui on a pratiqué une saignée abondante.

Quoi qu'il en soit de cette idée théorique, il faut reconnaître que la production du collapsus est un des reproches les plus sérieux que l'on ait fait à l'opium. Les résultats cliniques et les nombreuses observations publiées à ce sujet prouvent le bien fondé de cette opinion. Nous verrons que l'on peut remédier à cet inconvénient de la médication opiacée en employant la morphine à doses fractionnées et progressives et en utilisant l'action tonique sur le système nerveux de la caféine, de l'éther et de l'alcool.

D'autres objections ont été formulées contre la morphine tout aussi graves que la précédente. On a dit que l'opium s'oppose à l'élimination du poison et ferme le rein. Assurément c'est là un des plus grands inconvénients de l'opium, sous une quelconque de ses formes et que l'on ne saurait nier. L'opium diminue la sécrétion urinaire, mais selon nous beaucoup moins qu'on ne l'a dit jusqu'ici.

A ce point de vue, nos observations ne peuvent fournir aucune indication. On n'a pu recueillir pendant les attaques de délire aigu les urines des vingt-quatre heures de façon à obtenir une courbe précise; mais il ne semble pas que pendant tout le cours de la maladie l'attention du clinicien ait été attirée de ce côté. Néanmoins on doit tenir compte de cette objec-

tion et tâcher de remédier à cette action de la morphine.

On a dit aussi que la morphine aggravait le délire; oui, si l'on emploie des doses trop fortes ou trop faibles. Dans ces conditions la morphine devient un excitant du système nerveux. Nous avons vu que l'alcool produit des effets identiques; donné à des doses trop fortes il produit des phénomènes d'asphyxie spéciaux et l'aggravation du délire imputable à l'ivresse. Cette question des doses à administrer et du mode d'administration au malade sera étudiée plus longuement.

Les autres reproches qu'on a faits à la morphine sont surtout théoriques et de moindre valeur. C'est plutôt une argumentation de mots que de dire : l'opium agit sur l'effet sans agir sur la cause. — Peu importe que la morphine ne combatte pas l'action nocive de l'alcool, elle en neutralise l'effet et la réaction cérébrale, elle agit par conséquent sur la cause quoique indirectement.

Enfin quelques auteurs ont prétendu que la guérison ne suit pas toujours le sommeil et le calme. Il est évident que la médication opiacée ne saurait arrêter ou combattre l'hépatisation du poumon et n'est pas un agent cardiaque suffisant pour combattre l'état du cœur qui fléchit; il ne faut lui demander que ce qu'elle peut produire, c'est-à-dire la sédation du système nerveux; pour ce processus particulier tout le monde est d'accord pour dire que quand on est arrivé à faire dormir le malade, il est sauvé à condition que

la médication soit continuée assez longtemps pour empêcher le délire de reparaitre, ou reprise si c'est nécessaire, et qu'il n'y ait pas surajoutée une maladie aiguë qui continue à évoluer.

Nous venons de voir quels sont les principaux arguments qui ont été fournis pour combattre la médication opiacée et dans quelle mesure ils peuvent être acceptés, voyons maintenant quelles sont les doses d'opium à employer pour en obtenir des effets précis.

Nous avons vu qu'il est dangereux malgré la tolérance du malade d'employer l'opium à des doses exagérées, « l'opium ainsi employé, dit Delasiauve, est un « glaive à deux tranchants qui, s'il ne tue pas la malade, peut tuer le malade. »

On s'en tiendra aux doses que prescrit ce dernier auteur, on ne dépassera pas 25 centigrammes, dose maxima, d'extrait de thébaïque ou son équivalent en morphine.

Dupuytren donne deux à trois grains d'opium au plus, Rayer 4 à 6, Grisolle n'administre jamais des doses supérieures. Trousseau donne comme limite qu'on ne doit pas dépasser, la dose de 15 centigrammes d'extrait de thébaïque.

Même ces doses modérées ne sont pas toujours nécessaires, et on obtient en général une action hypnotique suffisante avec des doses bien inférieures, surtout quand le malade est baigné (Observation I, une piqûre de 1 centigramme de morphine ; Observation II, deux piqûres de 2 centigrammes chaque).

Il serait imprudent d'employer d'emblée ces doses

massives, c'est en administrant ainsi l'opium que le plus souvent les accidents sont survenus.

Chevalier (Thèse de Paris) rapporte une observation empruntée à Béhier dans laquelle un pneumonique est pris de subdelirium d'abord, puis de delirium tremens au cinquième jour de la maladie, on prescrit 20 centigrammes d'extrait de thébaïque à prendre en deux doses. Le délire ne cesse pas ; le lendemain matin à quatre heures, le malade s'affaisse brusquement, tombe dans le coma et meurt en quelques minutes.

Il est plus rationnel d'employer l'opium suivant la méthode de Constantin Paul, rapportée dans la thèse inaugurale de son élève Puistienne, c'est ainsi qu'ont été traités les malades dont nous rapportons l'observation.

On administre l'opium, soit à l'intérieur, sous forme de laudanum dont on fait prendre un nombre variable de gouttes toutes les heures (Constantin Paul) ou sous forme d'injections de morphine (injection de 1 centigramme toutes les deux heures. Observation III de notre thèse).

On se base pour augmenter ou diminuer la dose, sur les réactions que présente le malade, soit sur les réactions pupillaires comme le recommande Vibert, soit, ce qui est plus sûr, sur les réactions générales, c'est-à-dire sur les modifications qui surviennent dans l'appareil symptomatique nerveux.

Par cette méthode, on court peu de risques de rester en deçà ou au delà de la dose utile. On sait, en effet, que les malades réagissent à l'administration de

l'opium de façons très diverses, suivant l'âge, le sexe, la race et aussi suivant la résistance du malade et la gravité de l'infection pneumonique. Même à intensité de symptômes et à doses d'opium égales, les symptômes sont variables chez les malades.

Comme le collapsus est encore à craindre malgré toutes ces précautions, nous avons vu qu'on avait recours à la médication tonique. « Partout où la potion de Todd est indiquée, l'opium l'est également » (Fonsagrives) ; dans l'observation I et II de notre thèse, on fit à la fois une injection de morphine et une de caféine.

Il n'est pas indifférent pour donner la médication opiacée de recourir à telle ou telle préparation pharmaceutique. L'on a varié les doses et les préparations à l'infini. Les uns administrent l'opium à l'intérieur, les autres en lavement ; les uns préfèrent l'extrait, les autres la teinture, sans que rien indique quelle forme et quel monde sont les meilleurs. Gübler recommande les préparations liquidès qui auraient l'avantage d'éviter les phénomènes d'accumulation, il donne la teinture alcoolique d'opium à la dose de X gouttes répétées deux, trois et quatre fois dans les vingt-quatre heures, Grisolle préfère le laudanum employé par la voie rectale ; Dupuytren, Rayet, se servent d'opium en grains.

En général, toutes les préparations opiacées, liquides ou solides, administrées par la voie buccale, présentent des inconvénients identiques. Elles nuisent aux fonctions digestives, en produisant l'inappétence, les vo-

misements, la constipation, la salivation. De plus, elles sont difficiles à faire prendre, à cause de l'agitation du malade qui les rejette volontairement ou par les vomissements, de telle sorte qu'on ne sait plus quelle est la dose vraiment efficace qui a été administrée.

Par la voie rectale, on a les mêmes inconvénients et les effets sont plus lents.

Il n'en est pas de même quand on donne la médication opiacée sous forme d'injections de morphine. Celles-ci sont faciles à doser, faciles à administrer ; elles ont été recommandées par Grisolle dans le cas où l'on ne peut faire prendre les potions au malade, ce qui est la règle. « Si l'agitation et l'indocilité des « malades persistent, il faut injecter une solution de « morphine à l'aide de la seringue de Pravaz. » Elles sont employées par Hanot et par Lancereaux.

Cet avantage pratique des injections de morphine sur l'opium n'est pas le seul ; donné en injections, ce médicament a peu d'action sur le tube digestif et produit plus rarement que l'opium les vomissements. Chez aucun des malades ainsi traités, nous ne nous sommes heurtés à cet écueil et Peter a même employé avec succès la morphine en injections pour arrêter les vomissements dus à un ulcère de l'estomac.

Les autres avantages de cet alcaloïde découlent de ce fait, que ses actions sont un peu différentes de celles de l'opium.

A doses équivalentes, la morphine produit bien moins de sueurs que l'opium (Dujardin-Beaumetz).

Elle agit plus vite quand elle est administrée en injections sous-cutanées. Ceci a son importance si l'on est obligé de maintenir le malade en attendant que l'action du médicament se produise, pour ne pas avoir recours à la camisole de force.

Le sommeil de la morphine est plus profond que celui de l'opium et s'accompagne d'une résolution musculaire plus considérable.

Nous ne décrivons pas ici la technique des injections de morphine, nous recommanderons simplement de veiller à ce que l'injection soit bien faite dans le tissu sous-cutané; à la suite d'injections de morphine, même à faible dose ayant pénétré dans une veine, on a vu des accidents syncopaux et la mort survenir tout à coup (Vibert), absolument comme pour les injections de chloral. Ces faits, quoique très rares, méritent d'être signalés.

Résumant les avantages et les inconvénients de la morphine et les comparant aux autres hypnotiques, nous dirons de l'opium et de la morphine en particulier, que si elle n'est pas le premier des hypnotiques (Dujardin-Beaumetz) et si elle le cède en ce genre d'action au chloral, elle lui est supérieure en ce sens qu'à ses effets, elle ajoute l'action calmante et anodine. Elle n'en est pas moins un excellent hypnotique; cette action, personne ne la conteste depuis les expériences de Claude Bernard. Elle offre sur le chloral l'avantage de n'échouer presque jamais à produire le sommeil. Elle n'a pas, comme ce dernier médicament, d'action nocive sur le cœur et la respiration. La morphine est,

au contraire, un excellent médicament pour combattre la dyspnée, en régularisant et ralentissant les mouvements respiratoires et en diminuant la toux. Sans être un médicament cardiaque énergique, comme la digitale, elle agit sur le cœur en augmentant l'énergie de ses contractions et en relevant le pouls ; à ce titre, l'opium était très employé des anciens.

Par contre, la médication opiacée détermine, ce que ne fait pas le chloral, des troubles digestifs, nausées, vomissements, anorexie, constipation, beaucoup moins, il est vrai, si on use des injections sous-cutanées ; par son action sur le cœur et la tension artérielle, elle détermine de l'hyperthermie qui fait place à de l'hypothermie si la dose a été poussée trop loin.

Elle provoque des sueurs abondantes et de la sécheresse de la bouche ; son action nocive sur le poumon se manifeste par une diminution de l'expectoration ; au lieu de favoriser la diurèse, comme la digitale, elle la diminue moins cependant qu'on ne l'a prétendu. Enfin, elle favoriserait la tendance au collapsus, reproche dont la digitale, le haschisch, ou le chloral sont loin d'être exempts.

C'est pour lutter contre ces diverses actions thérapeutiques, c'est pour agir sur la diurèse, sur le cœur, sur les sécrétions que nous avons adjoint à la morphine, les bains froids.

La nécessité d'un traitement qui vienne au secours de la médication opiacée ressort, non seulement de cette étude thérapeutique, mais aussi de la lecture des observations de pneumonie compliquée de délire. En parcou-

rant les observations relatées par Rayer, Chevalier (Thèse de Paris, 1880), Puislienne (Thèse de Paris, 1885), on se rend compte du processus qui a amené la mort des malades, malgré la médication opiacée. Le plus souvent, les phénomènes nerveux se sont amendés, mais la faiblesse et la fréquence du pouls, l'hépatisation étendue du poumon révélée par l'auscultation faisaient prévoir l'issue fatale.

C'est dans ces cas graves qu'il faut avoir recours au bain froid, si l'on veut empêcher la pneumonie d'arriver à l'hépatisation grise.

Bains froids.

Si nous avons rapproché de la médication hypnotique la médication par les bains froids, ce n'est pas seulement parce que nous avons employé les deux médications simultanément, mais parce que le bain froid, indépendamment de ses autres actions, exerce sur le système nerveux une action calmante et hypnotique, sinon égale à celle de la morphine et du chloral, du moins très considérable.

Cette action sur le système nerveux ressort nettement des observations suivantes rapportées par Rousseau et Féréol (*Annales médico-psychologiques*, 1880. — *Union médicale*, 1878).

OBSERVATION (Rousseau). — Un malade est atteint de délire alcoolique furieux suraigu. Le médecin traitant qui l'avait envoyé, avait épuisé toutes les res-

sources de la thérapeutique. Il avait été traité, notamment, par le bromure de potassium. On donne un bain frais prolongé pendant sept heures. A la suite du bain, le malade est beaucoup plus calme, le délire et le tremblement ont diminué. Ils ne reparurent pas le lendemain, un seul bain a suffi à amener la guérison, néanmoins, par mesure de précaution, le bromure est continué pendant cinq jours.

OBSERVATION (Féréol). — Communiquée à la Société médicale des hôpitaux (juin 1877).

Un jeune homme, âgé de 26 ans, garçon distillateur, ayant eu déjà, il y a plusieurs mois, une attaque de delirium tremens, entre à l'hôpital le 14 août 1876. Il est pris dans la nuit de délire furieux, avec loquacité, qui nécessite l'emploi de la camisole de force. Température très élevée. Pouls fréquent.

Le matin du 15, on prescrit trois bains froids et 10 grammes de bromure. Au premier bain, pas d'amélioration. Dès le second, donné deux heures après, le malade commence à se calmer et, à peine remis dans son lit, il s'endort pendant deux heures. Au réveil, on lui donne un potage et peu de temps après il retombe dans la somnolence, qui se prolonge toute la nuit, jusqu'à cinq heures du matin. A ce moment, l'agitation tendant à reparaitre, on administre le restant de la potion bromurée et le calme revient. Le pouls est vif, mais la température est redevenue normale.

Sorti guéri le 13 août.

Ces deux observations montrent bien l'efficacité de la méthode réfrigérante, dans les cas d'une gravité exceptionnelle et qui avaient résisté à tous les moyens employés.

On ne saurait imputer cette action au bromure, puisque, dans l'observation de Rousseau, il avait été administré seul inutilement. Comme le dit Féréol, tout en ayant eu chez son malade une action évidente, il est douteux qu'il ait été assez efficace, pour calmer à lui seul une attaque aussi aiguë. De plus, dans cette observation, l'action du froid apparaît au second bain. Le malade, agité furieusement au moment du bain, se calme dans la baignoire et, à peine retiré de l'eau, s'endort pendant dix heures.

Ce moyen avait été employé, au dire de Trousseau, par un médecin de Montréal, qui associait la médication réfrigérante à l'opium à haute dose.

Willis cite l'observation d'une jeune fille atteinte de délire furieux, paraissant d'origine alcoolique, d'après la description qu'il en donne, et que l'on guérit en la plongeant pendant la nuit dans la rivière après l'avoir préalablement attachée.

Féréol avait recommandé la méthode aux aliénistes.

Delasiauve écrivait bientôt après : « D'autres moyens furent combinés avec l'émétique, notamment l'opium, la glace sur la tête et les bains tièdes. Ces moyens ont exercé une action sédative évidente, rarement les malades sont sortis du bain sans se sentir rafraîchis et plus calmes. »

Quelques médecins associèrent la saignée aux bains

froids pour combattre la congestion de l'encéphale que les bains auraient déterminée.

Grisolle employait volontiers la médication réfrigérante : « Il est un autre moyen que la plupart redoutent et qui peut rendre de grands services, je veux parler des bains froids » (Grisolle, *Traité de Pathologie interne*.)

Cette méthode a donné des succès depuis. Dans le *Lyon Médical* 1883, Gignoux rapporte 7 cas de pneumonie avec délire. Dans deux cas où la médication n'avait pas été appliquée, les malades succombèrent; dans les cinq autres, dès que l'on eut donné des bains, le facies du malade s'éveille, devient plus calme et le sommeil ne tarde pas à arriver.

Magnan prescrit les grands bains prolongés à la température de 33°.

Cet effet sur le système nerveux a été expliqué par une action antithermique; on l'a expliqué aussi par des modifications dans la circulation survenant sous l'influence des bains. Les capillaires cérébraux se contractant par action réflexe réagissent contre la distension dont ils étaient l'objet et rétablissent consécutivement la circulation locale.

En général, les auteurs se rangent à l'opinion de Peter : « On ne saurait trouver, dit-il, l'explication des résultats donnés par le bain froid dans son action antithermique seule, il faut la chercher dans le coup de fouet qu'il donne au système nerveux. Le bain froid agit beaucoup moins comme antithermique que comme révulsif. »

Par les bains froids : « une révulsion énergique se produit analogue à celle que déterminerait l'urtication. » (Barth.)

Nos observations semblent contrôler ces opinions ; jamais la température après les bains ne s'est abaissée de plus de deux ou trois dixièmes de degré.

Cliniquement, sous l'influence des bains froids l'agitation et le délire cessent et l'insomnie disparaît et suivant l'expression de Juhel-Rénoy « le malade redevient vivant ».

Le bain froid serait un médicament de peu de valeur, dans la maladie que nous étudions, si, là, se bornait son action. On sait, en effet, que les pneumoniques atteints de délire aigu ne meurent pas seulement par le système nerveux, ils meurent aussi par le poumon (asphyxie) et par le cœur (insuffisance cardiaque).

L'efficacité des bains froids sur les maladies de l'appareil pulmonaire, est trop connue pour que nous insistions sur ce point. La médication réfrigérante ralentit les mouvements respiratoires qui deviennent plus amples et plus profonds (Beni-Barbe) ; l'hépatisation pulmonaire diminue et l'expectoration est augmentée dans une forte proportion (action antagoniste de celle de la morphine).

Les causes de l'insuffisance cardiaque sont multiples, nous l'avons vu en étudiant la pathogénie. Pour la combattre ou la prévenir plusieurs conditions sont nécessaires :

1^o) Abaisser la température. Les buveurs résistent mal à la plus légère élévation de température ainsi que

l'a montré Jurgensen, et chez eux, le cœur est le premier organe qui témoigne de cette défaillance. « N'oubliez jamais, dit Jurgensen, que l'ennemi le plus dangereux du cœur est la température élevée et celle-ci sera sûrement et rapidement abaissée par les bains. »

2°) Tonifier le système nerveux et l'économie en général.

La médication réfrigérante répond, nous l'avons vu, à cette indication.

3°) Favoriser l'expectoration. Le bain froid à ce point de vue est un merveilleux agent.

4°) Activer les sécrétions. — Nous verrons, en étudiant les effets diurétiques du bain froid, que son action sur le rein est aussi énergique que sur les autres systèmes de l'organisme et qu'il répond aussi à cette dernière indication.

Au total, sous l'influence des bains froids, l'impulsion cardiaque se relève, le tonus est plus considérable. Les battements cardiaques se régularisent et deviennent plus amples, le pouls plus plein, d'où régularisation du cours du sang dans les divers centres, en particulier dans les centres nerveux et le poumon. L'asthénie cardiaque, quand elle est due à la maladie, n'est donc pas une contre-indication à la médication réfrigérante (Barth).

Enfin, une autre action du bain froid non moins précieuse que les deux autres, est celle qui s'exerce sur les appareils sécréteurs en particulier sur le rein. Cette

action est d'autant plus importante, que le délire nécessite l'emploi de la morphine.

Bouchard a démontré que les pneumoniques éliminaient par les urines des toxines en grande quantité et que la toxicité urinaire dépassait souvent celle des individus sains ; or cette toxicité va augmenter si le délire se surajoute à la pneumonie. Cette augmentation sera due à la désassimilation mécanique produite par le travail de la cellule cérébrale et musculaire. Le bain étant un puissant agent diurétique sera d'un grand secours pour favoriser l'élimination des poisons divers contenus dans le sang.

Le bain froid non seulement augmente la sécrétion urinaire mais encore le pouvoir urotoxique de l'urine. M. Ausset qui a constaté ce fait (communication à la Société médicale des Hôpitaux, novembre 1894), prétend que sous l'influence des bains froids la toxicité urinaire peut être double de la normale.

Cette toxicité augmente à chaque défervescence et diminue à chaque nouvelle élévation de la température ; au moment de la défervescence, il se produit une décharge d'urée et de chlorures (Bouchard).

Ces actions diverses des bains froids admises aujourd'hui ne l'ont pas été sans de nombreuses contestations. La médication par les bains froids comme la médication opiacée a eu de nombreux détracteurs. Les objections qui lui ont été faites sont résumées dans la thèse d'agrégation de Hanot. « Les bains froids « employés dans la pneumonie abaissent la température d'un façon passagère. Par contre, il est toujours

« à craindre qu'en contractant les vaisseaux périphériques et refoulant le sang vers les poumons, ils
« n'augmentent la congestion de l'organe et, ajoutant à
« l'obstacle que le cœur veut surmonter, ne mènent à
« la syncope. »

Il est prouvé aujourd'hui que ces craintes sont illusoires, et l'on a réfuté cette opinion en disant que, chez le malade baigné, il se produit tout d'abord de la surcharge du cœur et de la congestion des vaisseaux et organes internes due à la contraction des vaisseaux périphériques, mais bientôt à l'hypertension du système circulatoire succède une anémie relative.

La tension artérielle diminue de ce qu'elle avait augmenté pendant l'immersion, par suite la congestion cérébrale, pulmonaire, et le travail du cœur sont diminués.

L'emploi des bains froids, comme celui de la morphine, nécessite certaines précautions.

A part les stimulants qui seront donnés comme il a été dit avant et après le bain pour combattre les accidents de collapsus et la syncope qu'ils pourraient déterminer, on aura soin de donner des bains d'après les indications générales que nous avons établies à propos de la morphine.

En d'autres termes, la température et le nombre des bains seront réglés sur la marche de la maladie et de la température sur les modifications des symptômes nerveux et la façon dont le malade supporte la médication.

Les bains, en général, seront donnés à une tempéra-

ture moyenne de 22° à 20°. L'on n'abordera pas d'emblée ces températures et l'on administrera les premiers bains à 32°, en refroidissant progressivement les bains suivants qui seront donnés à 28°, 24°, etc. (Observation II.)

Si les bains donnés à 22° ne produisent pas des résultats satisfaisants, la température est abaissée jusqu'à 18° (Observations I et II). Les bains seront maintenus à cette température pendant toute la durée de la maladie.

Cette température de 18° est presque toujours suffisante; rarement, on sera obligé de recourir à des bains plus froids.

En principe, il vaut mieux donner des bains moins froids et moins prolongés et les répéter plus souvent. (Barth.) Les bains ainsi donnés ne sont presque jamais contre-indiqués, sauf chez les cardiaques et les diabétiques. Même l'artério-sclérose, quand elle n'est pas très avancée, ne serait pas une contre-indication à la médication réfrigérante ainsi modifiée. (Jurgensen, Barth.) Il n'en serait pas de même si l'on employait les bains absolument froids suivant la méthode de Brand.

Tels sont les avantages que l'on retire de la thérapeutique par les bains froids. Cette médication est d'autant plus précieuse qu'elle permet d'user, sans crainte, de la morphine et que son action énergique et rapide est d'un usage constant chez les pneumoniques atteints de délire à condition qu'on lui associe la médication tonique.

Ces trois médications combinées formeront donc la base du traitement, mais il serait imprudent, dans une maladie aussi grave, de ne pas employer tous les moyens dont nous pouvons disposer, même les moyens hygiéniques.

Le malade sera isolé, dans une chambre aussi obscure que possible, on évitera de faire du bruit, autour du malade, ce qui pourrait augmenter ou rappeler l'excitation cérébrale. Il faut en outre le protéger contre lui-même et l'empêcher de nuire à son entourage (Magnan), autant que possible il ne faut pas l'empêcher de crier et de s'agiter; si l'on y est forcé on le fait maintenir par des aides, mais on ne devra user de la camisole de force qu'à la dernière extrémité et lorsque le malade ne peut plus être contenu, ou que l'effet de la morphine se fait trop longtemps attendre.

Comme l'a démontré Magnan, la camisole de force favorise les stases veineuses, produit de la congestion des centres nerveux et du poumon; elle augmente l'agitation et l'épuisement des malades qui font des efforts pour s'en débarrasser.

Enfin, on fera prendre aux malades des aliments non excitants et qui seront donnés sous une forme aussi facile à prendre et aussi substantielle que possible.

Le lait, qui a en plus une action thérapeutique, est ici l'aliment tout indiqué, on le fera prendre dans le courant de la journée par petites quantités à la fois.

La baignoire sera placée à côté du malade de façon à rendre aussi facile que possible l'administration des bains; des compresses froides seront maintenues sur la tête du malade pendant toute la durée du bain.





CONCLUSIONS



Pour achever ce travail, il nous reste à exposer aussi clairement que possible les observations qui lui servent d'appui.

Quoique peu nombreuses (les cas de delirium tremens dans la pneumonie étant rares à l'hôpital Broussais), elles nous ont paru assez concluantes pour justifier les différentes propositions émises dans notre thèse, à savoir :

1°) L'action énergique, rapide et précise des injections sous-cutanées de morphine dans le traitement du delirium tremens au cours de la pneumonie;

2°) La facile administration du médicament, quelle que soit l'agitation ou le mauvais vouloir du malade ;

3°) Son innocuité sur les divers organes, cœur, rein, poumon, grâce à son association aux bains froids ;

4°) Le peu de risques de produire du collapsus, par cette médication, si l'on y joint les toniques, les stimulants et l'alcool et si l'on a soin de faire les piqûres à doses répétées, progressivement croissantes ou décroissantes, suivant les réactions du malade, en évitant de recourir aux doses massives d'emblée.

5° Enfin, grâce à la méthode des injections hypodermiques, la diminution de l'action perturbatrice que les opiacés ingérés exercent sur l'appareil digestif.



OBSERVATION I

Pneumonie droite. Delirium tremens survenant au sixième jour de la maladie. Insuccès du chloral. Traitement par les bains froids et la morphine. Guérison.

Le nommé Ham... Albert, âgé de 27 ans, imprimeur, entre le 27 juin 1894 à l'hôpital Broussais (service du D^r Barth), salle Delpech, lit n° 20.

Il ne présente pas d'antécédents héréditaires.

Les antécédents personnels sont nuls également.

Malgré qu'il ait exercé, pendant trois ans, la profession de margeur, il n'a jamais eu d'accident de saturnisme, même léger.

Début de la maladie. — Le 26 juin, le malade qui s'était refroidi, eut en sortant de l'atelier un frisson avec point de côté, il remonte chez lui et sans aucun prodrome, subitement perd connaissance. Il reste pendant une heure dans cet état. La syncope aurait, dit-il, été produite par la douleur du point de côté.

Le lendemain mardi, le point de côté persiste toujours aussi douloureux; l'état du malade s'est aggravé, la respiration est difficile. Le malade entre à l'hôpital le jour même, c'est-à-dire le 27, au dixième jour de sa maladie.

28 juin. — Le malade porte des traces de vésicatoires en arrière et de badigeonnages iodés en avant.

La température est très élevée, aux environs de 40°6.

Le pouls est bon, régulier, ample.

Le cœur, le foie et la rate sont normaux.

Les urines sont foncées et fortement albumineuses.

Le malade va bien à la selle, il a un peu de diarrhée depuis hier à cause du régime lacté auquel il est soumis.

La langue est sale, l'haleine est fétide. Les gencives et les dents sont en très mauvais état.

On constate dans le tiers inférieur du poumon droit de la matité ; à l'auscultation, nombreux râles crépitants à la base droite.

Hier soir, T : 40°7.

Ce matin, T : 40°6.

Traitement institué : Todd ; cordial ; sulfate de quinine, 1 gramme.

29 juin. — Mêmes symptômes, le pouls est fréquent et ample ; les urines albumineuses. La dyspnée est considérable.

A cause de tous ces symptômes on supprime le sulfate de quinine et l'on donne les *bains froids*, toutes les quatre heures, associés à la potion de Todd et à la potion cordiale.

28 soir, T : 40°8.

29 matin, T : 40°4.

30 juin. — Les bains ont été donnés hier depuis trois heures de l'après-midi, le premier, à 28° ; le second, celui de 7 heures, à 26°, et celui de 11 heures, à 24° (voir la feuille des bains). Ils ont été bien supportés.

Ce matin, à la visite, la fièvre est toujours très intense (T : 40°6) ; le malade est un peu agité, il prononce quelques paroles incohérentes, il présente un peu de mâchonnement des mâchoires. Le cœur tend à faiblir, les urines sont peu abondantes.

On abaisse la température des bains, les bains de 3 et

7 heures du matin ont été donnés à 24°. La température des bains suivants est abaissée à 22°, puis à 20°. (Le bain de 7 heures du soir n'a pas été donné par oubli).

1^{er} juillet. — Persistance des symptômes ataxo-adiynamiques, le subdélirium persiste un peu plus accusé. La température des bains depuis ce matin 7 heures a été abaissée à 18°, le malade les supporte bien, sans menace de collapsus.

Malgré tout, la température est restée élevée (hier soir, T : 40°6); elle s'abaisse très peu sous l'influence des bains. La température prise immédiatement après le bain n'est inférieure que de deux à trois dixièmes de degré à la température prise avant.

2 juillet. — On nous apprend que le malade à eu, pendant la nuit précédente, un délire violent, avec vociférations; on a pu le maintenir difficilement dans son lit sans employer la camisole de force; un infirmier a été blessé en essayant de le maîtriser et l'on a eu toutes les peines du monde pour lui faire prendre le bain.

On continue les bains à 18°, la potion cordiale et la potion de Todd.

On ordonne en outre une potion avec 4 grammes de chloral à prendre par cuillerées à bouche dans la journée. La température était de 40°4 hier soir, elle est remontée ce matin à 40°6.

3 juillet. — A l'auscultation on perçoit ce matin un nouveau foyer de pneumonie, au dessous de la clavicule droite. Le délire persiste au moment de la visite, le facies du malade est congestionné, vultueux, les yeux hagards. Le malade a été très agité pendant toute la nuit, malgré la potion de chloral; le malade opposant de la résistance, on a beaucoup de difficulté pour la lui faire prendre.

La température est un peu moins élevée depuis hier, les bains sont bien supportés.

Même traitement prescrit pour la journée; nouvelle potion avec 4 grammes de chloral.

4 juillet. — Au milieu de la nuit, voyant que le délire ne se calmait pas, l'interne du service appelé a fait faire une *injection de 1 centigramme de morphine, suivie immédiatement d'une injection de 25 centigrammes de caféine*. Le malade s'est endormi bientôt après et l'on a dû le réveiller à plusieurs reprises pour lui faire prendre du lait.

Ce matin le malade divague encore un peu mais le facies est beaucoup plus calme. La température est tombée ce matin à 39°.

La bouche est pleine de mucosités on note la présence du muguet sur la langue.

On prescrit pour la nuit une nouvelle piqûre de morphine si le délire reparait.

5 juillet. — Le malade est calme, il n'a pas eu de délire pendant la nuit et la piqûre de morphine a été jugée inutile; le malade répond bien aux questions qu'on lui pose, il n'a gardé aucun souvenir de ce qui s'est passé. il avoue avoir, depuis quelque temps, des habitudes d'éthylisme.

La fièvre diminue et la défervescence tend à se faire.

Traitement. — Vin en supplément; potion de Todd; cordial; lait; eau de Vichy.

Les bains sont continués.

6 juillet. — La température est aux environs de 37°; la défervescence a été régulière au onzième jour.

Le malade n'a plus de délire et dort bien; pendant la nuit on est obligé de le réveiller pour lui donner les bains qui sont continués malgré la cessation des symptômes alarmants.

A l'auscultation du poumon on trouve quelques gros râles de retour et des sibilances des grosses bronches.

Le souffle a disparu.

Rien au cœur.

Les urines ne renferment plus ni albumine ni urobiline ; traitées par l'acide nitrique, elles prennent une couleur verdâtre qui tourne au bout de quelques instants au vert sale.

7 juillet. — On supprime les bains ; le dernier a été donné ce matin à 7 heures.

La langue est rouge, sans muguet, néanmoins on prescrit une fois par jour des attouchements avec la liqueur de Van Swieten.

La teinte verte a disparu des urines traitées par l'acide azotique. Léger disque d'acide urique ; pas d'albumine.

8 juillet. — La température se maintient normale. On alimente le malade, il dort bien, sans délire, sans cauchemars. Expectoration moins abondante, son facies est bon, son appétit aussi, mais il se plaint d'avoir depuis plusieurs jours d'abondantes transpirations.

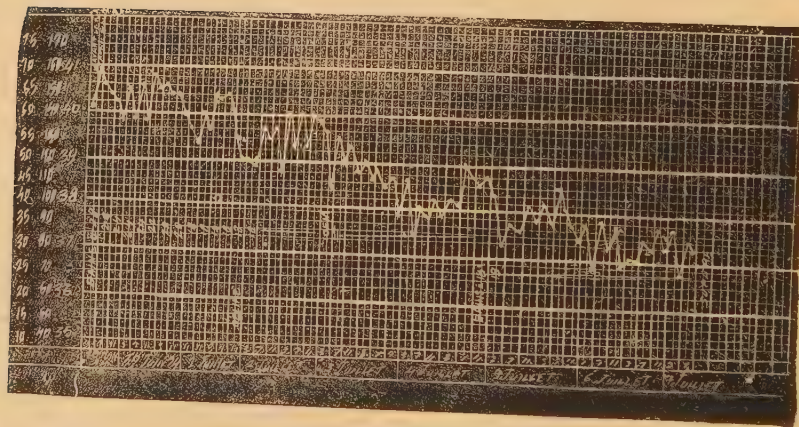
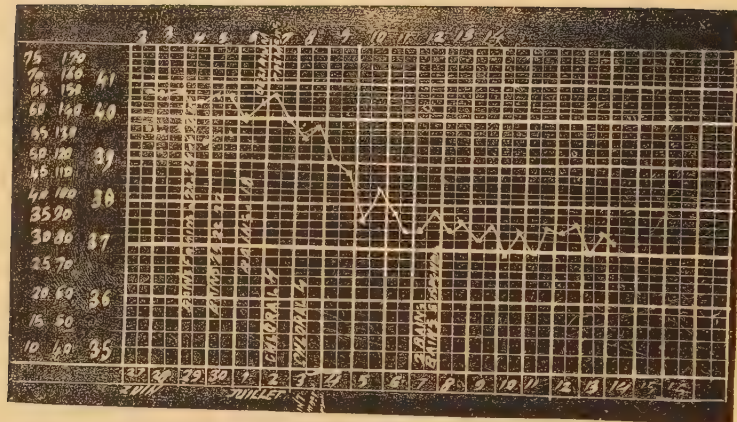
A l'auscultation quelques râles sonores ; le souffle et les râles humides ont disparu.

9 juillet. — Le malade commence à se lever.

16 juillet. — Les poumons sont entièrement dégagés, l'auscultation ne révèle rien d'anormal. Le facies est bon quoique amaigri.

Eruption sudorale sur tout le corps ; on prescrit les bains alcalins.

23 juillet. — Le malade part pour Vincennes complètement guéri.



OBSERVATION II

Broncho-pneumonie gauche. Attaque de delirium tremens au sixième jour de la maladie. Traitement par la morphine et les bains froids. Guérison.

Le nommé Goudem... Jean, âgé de 33 ans, charretier, entre le 17 avril 1893, à l'hôpital Broussais (service du D^r Barth), salle Delpech, lit n^o 18.

Le malade n'a pas d'antécédents héréditaires, une sœur est morte poitrinaire à l'âge de 18 ans.

Antécédents personnels. — Le malade a eu une fluxion de poitrine à l'âge de 12 ans et des bronchites presque tous les hivers.

Nouvelle fluxion de poitrine en 1891, soignée dans le service du docteur Després qui l'avait reçu pour fracture de jambe.

Le malade est modérément éthylique ; il boit un litre et demi à deux litres de vin par jour, peu d'alcool.

Début de la maladie. — Le malade toussait depuis un mois, lorsque le samedi, 15 avril, il a été pris de frissonnements répétés et d'un violent point de côté à gauche. Il s'alite et vient, le lundi 17, à la consultation. Le malade se plaint d'inappétence, de céphalalgie, toux et expectoration qui persistent depuis le début de la maladie, c'est-à-dire depuis trois jours.

Etat à l'entrée. — Ce matin, 18 avril, le facies du malade est rouge, les pommettes colorées. Son visage a une expression d'angoisse. La douleur du point de côté est tellement vive que le malade évite tout mouvement ; la région douloureuse com-

prend toute la partie latérale gauche du thorax, le point le plus douloureux étant situé au dessous du mamelon.

La langue est trémulente, blanche au centre, rouge sur les bords.

La dyspnée est assez vive. 38 respirations à la minute. La toux est fréquente.

L'expectoration abondante et mousseuse contient quelques crachats rouillés, mais non franchement sanguinolents.

A l'examen de l'appareil respiratoire on constate de l'affaiblissement du murmure vésiculaire et de la submatité dans la région douloureuse du poumon gauche.

Les battements du cœur sont faibles et réguliers, le pouls est petit, régulier à 120.

Les urines renferment un peu d'albumine et d'urobiline.

Lundi soir, 17, T. 40°2.

Mardi matin, 18, T. 39°9.

Traitement : Antipyrine et sulfate de quinine, 1 gramme.

Mercredi, 19 avril. — Pendant la nuit du 18 au 19, le malade a été calme, sans céphalalgie, ni sueurs. Ce matin, l'auscultation s'est modifiée au point atteint, où l'on entend des râles crépitants fins et du souffle tubaire intense. Le point précis est entre l'angle inférieur de l'omoplate et le vertex plus près de celui-ci.

Hier soir, T. 40°3.

Ce matin, T. 39°6.

20 avril. — Le pouls est petit, irrégulier à 120. La respiration est à 40. Le malade a eu pendant la nuit précédente un peu de délire.

Ce matin, le facies est fortement coloré. Mêmes signes à l'auscultation. Les fonctions digestives sont régulières. On donne le traitement suivant :

Sulfate de quinine, 1 gramme (l'antipyrine est supprimée);
potion de Todd; potion cordiale; limonade vineuse; lait.

De plus, on ordonne des bains qui seront administrés toutes
les trois heures.

19 avril. — Soir, 39°3.

Ce matin, 40°3.

21 avril. — Le malade a été très agité pendant toute la nuit.
Il n'a pas du tout dormi, il a du délire d'action et du délire
professionnel.

Les bains ont été administrés ainsi qu'il avait été prescrit,
toutes les trois heures; le premier a été donné à 32°, les autres
ont été donnés de plus en plus froids, celui de dix heures du
soir était à 24°. On n'a pu prendre la température avant et après
les bains.

Ce matin, à la visite, le malade est toujours agité, le facies
est rouge, congestionné, les conjonctives injectées, la langue
est bonne, le pouls est fréquent.

Mêmes signes et même localisation à l'auscultation.

La température reste toujours très élevée, elle était hier soir
de 40°4, elle est ce matin à 40°2.

22 avril. — Le malade a été aussi agité que la nuit précé-
dente.

La température des bains qui avaient été donnés jusqu'ici à
24°, a été abaissée à 18° depuis hier, au bain de sept heures du
soir. Aussitôt après le bain on a fait une *injection de morphine*
de 2 centigrammes.

L'agitation du malade est telle qu'on n'a pu donner le bain
de dix heures du soir. On le remplace par une nouvelle *injection*
de morphine de 2 centigrammes.

Un bain à 18° est donné à une heure du matin; à sept heures
du matin, nouveau bain à 18°. L'insomnie du malade a persisté

pendant toute la nuit, mais il a été beaucoup moins agité que pendant la nuit précédente.

Hier soir, il a eu deux selles diarrhéiques.

En général, l'abaissement de la température produit par les bains ne dépasse pas 3 à 5 dixièmes de degré.

Ainsi, hier soir, la température était de 39°4 avant le bain de sept heures, de 38°6 après le bain.

La température, hier soir, atteignait 40°4.

Ce matin, la température est de 38°4. Le pouls est petit, régulier à 120, la respiration est à 32.

Le facies est encore vultueux, mais moins que les jours précédents ; les conjonctives ne sont plus injectées.

Le délire est plus calme ; un peu de mâchonnement des mâchoires.

Le malade est assis sur son lit et semble comprendre ce qu'on lui dit. Il rit facilement. De temps en temps, il pousse des cris et dit des paroles incohérentes.

Expectoration sans caractère spécial.

A l'auscultation, la localisation persiste, atténuée au niveau du point où elle a pris naissance ; elle est plus étendue à la partie supérieure. On entend un souffle bronchophonique avec râles sous-crépitaux dans toute l'étendue.

Urine non albumineuse, contient un peu d'urobiline.

Traitement : Les bains sont continués toutes les trois heures à 18°.

Deux injections de caféine, limonade vineuse, lait, sulfate de quinine 50 centigrammes, potion de Todd et potion cordiale.

23 avril. — La température continue à décroître.

La langue est toujours un peu sèche, le ventre est douloureux, selles non diarrhéiques hier soir.

Le malade prend bien le lait et les médicaments.

Respiration, 28.

Toux moins fréquente ; expectoration sans caractères.

Le souffle persiste, mais il y a une diminution sensible des râles sous-crépitaux et ronflants.

Le cœur est normal, 100 pulsations à la minute.

Le malade ne pousse plus de cris, il répond mieux aux questions qu'on lui pose.

On diminue le nombre des bains qui ne sont plus donnés que toutes les six heures.

On continue les injections de caféine, le sulfate de quinine, 50 centigrammes, la potion de Todd et la potion cordiale.

24 avril. — L'amélioration persiste, la température reste basse.

Disparition du souffle.

Le malade n'a pas d'appétit ; il a un faciès amaigri et fatigué.

Le dernier bain a été donné hier à une heure du matin.

Suppression des bains. On maintient le reste de la médication.

26 avril. — Etat toujours meilleur.

On note seulement de la constipation, une expectoration muco-purulente.

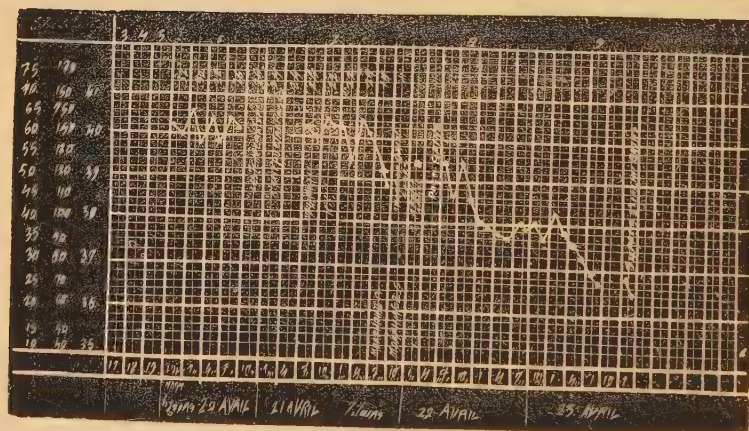
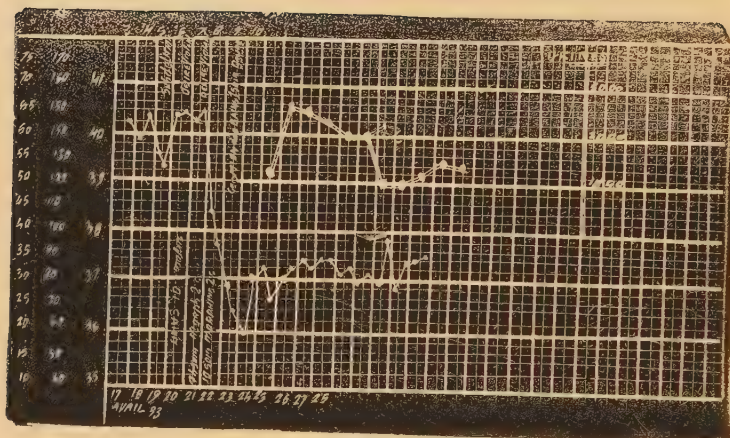
Même médication, sauf les injections de caféine qui sont supprimées.

30 avril. — Etat très satisfaisant.

Le malade commence à manger.

Expectoration toujours très abondante.

8 mars. — Le malade, guéri, part pour Vincennes, conservant une expiration soufflante au niveau de son ancien foyer pneumonique.



OBSERVATION III

*Pneumonie droite du sommet. Subdélire au cinquième jour.
Attaque de délirium tremens au sixième jour. Traitement par
la morphine. Guérison.*

Le nommé Mau... Edouard, âgé de 38 ans, charretier, entre à l'hôpital Broussais, salle Delpech, lit n° 12, le 15 janvier 1894.

Pas d'antécédents héréditaires.

Antécédents personnels. — Il a été bien portant jusqu'à l'âge de 20 ans.

Il a eu pendant son service militaire, au Sénégal, la dysenterie qui a duré deux mois.

Revenu à Paris, il est bien portant jusqu'à l'âge de 35 ans.

En 1890, il a eu une pneumonie qui paraît avoir été grave. Depuis, il est affaibli, il a des sueurs la nuit.

Nouvelle pneumonie en 1893.

Début de la maladie. — Le samedi 13 janvier 1894, il est pris à 8 heures du matin d'un point de côté droit, sans frissons, accompagné de fièvre et transpirations. Il entre aussitôt à l'hôpital, au troisième jour de la maladie.

16 janvier. — Etat à l'entrée :

Homme fort, vigoureux, teint coloré. Pas de syphilis. Il est notoirement alcoolique. Il boit environ quatre litres de vin par jour et de l'absinthe le soir.

Il a des cauchemars la nuit, des pituites le matin, au réveil. Il a un peu de dyspnée et de l'insomnie. Le soir de son entrée, on lui a fait une application de 15 ventouses scarifiées à droite, qui amènent du soulagement.

Régime lacté.

A l'examen de l'appareil respiratoire on trouve, à droite et en arrière, au sommet du poumon, au dessus de l'épine de l'omoplate, des signes de pneumonie caractérisée par du souffle, avec râles crépitants et matité à la percussion. Mêmes signes moins accusés en avant.

Toux fréquente, angoissante.

Expectoration peu abondante, sans caractères.

La langue est blanche ; le malade a de la constipation et de l'inappétence.

On perçoit au cœur un souffle au 1^{er} temps et à la pointe.

15 janvier. — T. soir, 40°4.

16 janvier. — T. matin, 39°6.

Pouls un peu faible, à 80 pulsations.

Traitement : 24 centilitres de vin. Todd et sulfate de quinine, 1 gramme.

17 janvier. — La nuit a été mauvaise, le malade a eu du délire et des idées incohérentes.

T. hier soir, 40°4.

Ce matin, 40°.

80 pulsations à la minute ; le pouls est régulier et faible.

Toux angoissante, expectoration assez abondante.

Urines foncées, contiennent de l'albumine, de l'urobiline, mais pas de sucre.

La rate n'est pas hypertrophiée.

18 janvier. — Délire pendant la nuit précédente. Le matin, à la visite, le malade est nerveux, agité.

T. hier soir, 40°4.

Ce matin, 39°8.

Pouls : 84.

Moins d'albumine dans les urines.

On ajoute au traitement deux piqûres de caféine.

19 janvier. — La température s'est maintenue hier encore à 40°4; ce matin, elle est à 36°8. (Il est vrai de dire que la température a été prise dans l'aisselle et le malade étant en sueurs.)

Pendant la nuit du 18 au 19, le malade a été pris d'un délire alcoolique furieux, il se débattait, parlant de choses ayant trait à son métier.

On lui a fait une injection de chlorhydrate de morphine de 3 centigrammes et on lui a administré une potion avec 4 gr. de chloral.

Malgré ce traitement, le matin, pendant la visite, on est obligé de lui mettre la camisole de force.

La face est vultueuse; les yeux égarés, inondé de sueurs, le malade fait d'incessants efforts pour se débarrasser de ses liens. Il est loquace, la parole est facile, il pousse des vociférations. Il n'a pas d'hallucinations, mais n'a pas conscience de l'endroit où il est. Aucun trouble nerveux périphérique. Respiration relativement calme.

A l'auscultation, il y a moins de râles et des signes de résolution.

On continue les injections de morphine à la dose de 1 centigramme toutes les deux heures.

On supprime les injections de caféine.

20 janvier. — Le malade est plus calme; cependant, on a été obligé de lui remettre la camisole de force vers 6 heures du soir. Il l'a gardée toute la nuit, et le calme a reparu au matin.

La température était remontée hier soir à 39°4.

Elle est ce matin à 38°2.

Le pouls est large et régulier, 72.

Le facies est assez bon.

On prescrit une injection de morphine de 1 centigramme pour la nuit.

21 janvier. — Le délire s'est calmé, on cesse les piqûres de morphine.

22 janvier. — Le malade a bien dormi la nuit précédente le délire l'a presque tout à fait quitté.

Il est maintenant calme et tranquille et paraît plutôt abattu, il se sent d'ailleurs un peu courbaturé.

La défervescence qui s'est produite hier se maintient.

Pouls régulier, assez fort : 58 pulsations.

A l'auscultation du poumon, on trouve en avant la respiration soufflante à la partie moyenne du poumon gauche, accompagnée de quelques râles disparaissant à la toux.

En arrière, quelques râles de bronchite à gauche.

A droite, râles crépitants et sous-crépitanis à la partie moyenne du poumon avec submatité dans le tiers supérieur.

Les urines, de couleur normale, ne renferment plus d'albumine et très peu d'urobiline.

La toux a beaucoup diminué. L'expectoration est abondante (salive et crachats blancs, bien aérés).

Transpiration intense.

La rate mesure environ 12 centimètres de longueur et 9 en largeur.

29 janvier. — Le malade est presque rétabli. L'aspect est bon. La figure est fraîche, le teint coloré, le délire a complètement disparu. Sommeil la nuit sans cauchemars.

L'appétit a disparu. Le malade est au 4^e degré.

Quelques râles persistent dans les deux poumons. Les crachats sont blancs et épais.

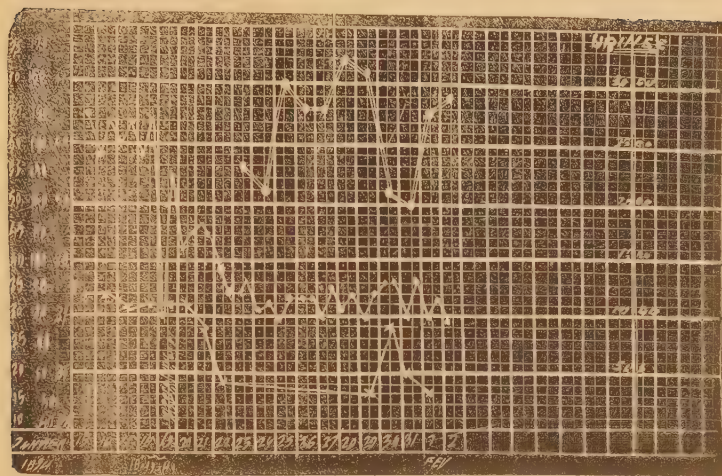
Au cœur : le 1^{er} bruit à la pointe est voilé, le 2^e bruit est dédoublé.

Pouls régulier, à 50.

La température se maintient à 37°.

Urines jaunâtres, abondantes.

Le malade quitte l'hôpital sans avoir prévenu.



OBSERVATION IV

Bronchopneumonie grippale droite. Delirium tremens au premier jour de la maladie. Traitement par la morphine. Guérison.

Le nommé Tix... Paul, couvreur, âgé de 36 ans, entré à l'hôpital Broussais, salle Delpech, lit n° 9, le 15 décembre 1894.

Pas d'antécédents héréditaires ni personnels.

Il présente des signes d'éthylisme (cauchemars, piteuses, crampes dans les jambes).

Le samedi 15 décembre, le jour même de son entrée, il a

été pris dans la matinée d'un grand frisson avec violent point de côté à droite. La toux est fréquente et quinteuse, le malade crache beaucoup.

A l'entrée, on trouve de la submatité du côté droit à la base, en arrière.

A l'auscultation, nombreux râles sonores disséminés dans le tiers inférieur des deux poumons, surtout à droite; râles humides sous-crépitants et crépitants siégeant dans la même région, avec léger souffle se propageant vers l'aisselle.

Température est à 39°.

Les urines sont normales.

Cœur normal.

On diagnostique une bronchopneumonie grippale.

Vers le milieu de la nuit de samedi à dimanche, le malade a été pris d'un délire alcoolique violent, il se lève de son lit à plusieurs reprises et empêche les autres malades de dormir.

On prescrit comme traitement :

Une *injection de morphine de 2 centigrammes*; un Todd.
Pas d'autre médication.

Une demi-heure environ après la piqûre, le malade s'est endormi profondément jusqu'au lendemain et est resté parfaitement calme.

16 décembre. — A la visite, le malade est tranquille, il prononce, de temps en temps, quelques paroles incohérentes.

On ordonne un purgatif qui amène la disparition d'une constipation persistant depuis 5 jours.

Une nouvelle piqûre est prescrite pour la nuit dans le cas où le malade serait repris de delirium tremens.

La température, hier au soir, était à 39° comme au moment de son entrée.

17 décembre. — Le malade est resté calme pendant toute la nuit précédente, la piqûre de morphine a été jugée inutile.

Le matin, à la visite, le facies du malade est calme et immobile, non coloré, plutôt pâle. Il répond bien aux questions qu'on lui pose. Par moments reparait un peu de subdelirium, le malade prononce quelques paroles brèves et sans signification. Les crachats sont visqueux, quelques-uns, en petit nombre, sont rouillés. La température, qui était hier au soir à $39^{\circ}2$, est descendue ce matin à $38^{\circ}2$.

18 décembre. — Le subdélire a à peu près complètement disparu, le malade répond bien aux interrogations qu'on lui fait. On n'a pas fait de nouvelle piqûre.

La défervescence qui s'est produite hier, se maintient aujourd'hui, la température est ce matin de $37^{\circ}4$. On perçoit aux deux bases, surtout à droite, de gros râles toujours très nombreux.

20 décembre. — Les râles sibilants et ronflants ont en partie disparu, mais on perçoit un foyer de râles fins, crépitants, sans souffle au niveau de l'angle inférieur de l'omoplate. La respiration est rude et un peu soufflante au sommet. Facies toujours pâle. La température reste basse.

24 décembre. — Convalescence régulière.

Pas d'insomnie, pas de cauchemars et de délire la nuit. Quelques crachats ambrés.

A l'auscultation, on perçoit toujours des râles de bronchite en arrière, prédominant à droite. Les râles crépitants conservent les mêmes caractères avec même localisation et sont surtout perçus en faisant tousser le malade.

En avant, submatité avec respiration rude et prolongée à gauche. Mêmes caractères moins accentués à droite.

26 décembre. — La respiration est redevenue normale, on perçoit encore, cependant, quelques petits râles fins pendant les fortes inspirations.

Etat général assez bon, le malade accuse un peu de faiblesse.
Crachats visqueux, de couleur sucre d'orge.

Température, 37°.

29 *décembre*. — Il n'y a plus rien à l'auscultation.

L'appétit est bon. Les forces reparaissent.

2 *janvier*. — Le malade sort sur sa demande

Vu : Le Président de la Thèse,

LABOULBÈNE.

Vu : le Doyen,

BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice Recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD.

